

بررسی سلامت روانی مهاجران بعد از عودت

مطالعه موردی: ولایت جوزجان

A Study of the Mental Health of Returnee Migrants Case Study: Jawzjan Province

پوهنمل عنایت الله حمیدی^۱

DOI: 10.64104/v10.Issue17.n31.2025

چکیده

هدف: از این تحقیق بررسی سلامت روانی مهاجران بازگشت کننده، از خارج کشور است.

روش تحقیق: جامعه آماری تحقیق حاضر را بازگشته گان از خارج کشور، که در سال ۱۴۰۳ هـ ش به ولایت جوزجان بازگشته اند، تشکیل می دهد. در کل، ۳۰۰ نفر به طور نمونه با استفاده از روش تصادفی قابل دسترس انتخاب و پرسشنامه متمرکز بر سلامت روانی، توزیع و بعد از تکمیل، جمع آوی گردیده است. با بکارگیری روش توصیفی و علی-مقایسوی با برنامه *spss26* مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نشان داد که سلامت روانی عودت کنندگان در مجموع، از حد مطلوب پایین می باشد. درین میان، سلامت مردان نسبت به زنان عودت کننده، در سطح پایین تر بوده است. همچنان سلامت روانی در طبقات سنی تفاوت معناداری داشت.

نتیجه گیری: در نتیجه سختی های عالم مهاجرت بعد از عودت نیز محسوس بوده و سازگاری دوباره با کشور مبدأ، تا مدتی، دشواری های خود را خواهد داشت.

واژگان کلیدی: جوزجان، سلامت روانی، عودت کنندگان، کشورهای خارج، مهاجران.

^۱ استاد دیپارتمنت روانشناسی، پوهنهی علوم اجتماعی، پوهنتون جوزجان، ۰۷۸۱۹۹۸۵۳۵، enayat.hamidi23@gmail.com

مقدمه

مهاجرت و پناهندگی به عنوان یک پدیده جهانی در حال گسترش، تأثیرات عمیقی بر سلامت افراد می‌گذارد و به خصوص به عنوان یک عامل اجتماعی، به طور قابل ملاحظه‌ای موجب ایجاد نابرابری‌های سلامتی میان جمعیت مهاجران و جامعه میزبان می‌شود. مهاجر، فردی است که به دلایل مختلف، چه به صورت موقت و چه دائمی، از مکان زندگی معمول خود فاصله می‌گیرد؛ این مهاجرت می‌تواند در داخل مرزهای کشور خود یا فراتر از آن، به کشورهای دیگر صورت گیرد (UN Migration, 2024). همچنان مهاجر بین‌المللی فردی است که محل سکونت معمولی خود را به کشور دیگری تغییر می‌دهد. برخلاف پناهندگان که به دلیل تهدیدات مستقیم مانند آزار و اذیت، خطر جانی یا مرگ، مجبور به ترک کشور خود می‌شوند، مهاجران به دلایلی مانند بهبود شرایط زندگی، جستجوی فرصت‌های شغلی و تحصیلی، یا پیوستن به اعضای خانواده، تصمیم به مهاجرت می‌گیرند (میرزایی، ۱۳۹۵). در مقابل، پناهندگان افرادی اند که به دلیل هراس از اذیت، درگیری‌های با تسلیحات، تهدید جدی خود یا استقلال در میهن خویش، مجبور به ترک کشور مبدأ خود می‌شوند و به حمایت بین‌المللی نیاز دارند. این افراد به دلیل شرایط بحرانی و تهدیدهای جدی در کشورشان، به دنبال پناهندگی در کشورهای دیگر هستند (International Organization for Migration, 2024). بنابراین، مهاجران برخلاف پناهندگان، حتی زمانی که در خارج از کشور خود قرار دارند، همچنان از حمایت دولت خود برخوردار هستند. آن‌ها اگر به کشور خود بازگردند، این حمایت ادامه خواهد یافت. در نهایت، پناهجو (Asylum seeker) فردی است که برای دریافت حمایت بین‌المللی به کشور دیگر وارد می‌شود و پس از درخواست پناهندگی، منتظر تصمیم نهایی دولت میزبان است تا وضعیت قانونی او مشخص شود (مصدق‌راد و غیائی، ۱۴۰۳). نظر به احصائیه‌های بین‌المللی، حدود یک میلیارد نفر در جهان در سال ۲۰۲۰ میلادی در حال مهاجرت بودند. از این تعداد، ۲۸۱ میلیون نفر مهاجر بین‌المللی بودند که به دلایل مختلف از جمله بهبود شرایط زندگی، فرصت‌های شغلی یا تحصیلی، یا پیوستن به خانواده، کشور خود را ترک کرده و به کشورهای دیگر مهاجرت کردند (International Organization for Migration, 2024). حدود ۱۱۰ میلیون نفر در جهان در سال ۲۰۲۳ میلادی به اجبار و به دلیل جنگ، خشونت و آزار و اذیت آواره شدند. از این تعداد، ۶۲.۵ میلیون نفر آواره داخلی، ۳۶.۴ میلیون نفر پناهنده، ۶.۱ میلیون نفر پناهجو و ۵.۳ میلیون نفر سایر افراد نیازمند حمایت بین‌المللی بودند. بیش از نیمی از پناهندگان (۵۲ درصد) از سه کشور، به شمول سوریه (۶.۵ میلیون نفر) و اوکراین (۵.۹ میلیون نفر) هستند. احتمال می‌رود که تعداد مهاجران و پناهندگان به دلیل جنگ، بلایا، تغییرات اقلیمی، تخریب محیط زیست و بحران‌های اقتصادی افزایش یابد. ایران، ترکیه، آلمان، کلمبیا و پاکستان به ترتیب با جمعیت‌های پناهنده حدود ۳.۴، ۳.۴، ۲.۵، ۲.۵ و ۱.۲ میلیون نفر بیشترین تعداد پناهنده را میزبانی می‌کنند. کشورهای با درآمد پایین و متوسط، ۷۵ درصد از پناهندگان جهان را میزبانی می‌کنند و این امر فشار زیادی بر منابع مالی و سیستم خدمات عمومی این کشورها وارد می‌آورد (UNHCR, 2024).

مهاجران و پناهندگان از جمله آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه به شمار می‌روند، زیرا با مشکلات پیچیده‌ای روبه‌رو هستند که زندگی آنان را به حاشیه می‌راند. تفاوت‌های زبانی و فرهنگی، نابرابری و بیگانه‌هراسی، شرایط دشوار زندگی و اشتغال، و محدودیت در دسترسی به خدمات سلامت، همگی عواملی اند که آنان را در وضعیتی ناامن و شکننده قرار می‌دهند. این

شرایط نه تنها رفاه اجتماعی آنان را تهدید می کند، بلکه سلامت جسمی و روانی آنان را نیز به شدت تحت تأثیر قرار می دهد (Oishi, 2002). طرد اجتماعی، سیاسی و اقتصادی مهاجران و پناهندگان، آنان را در چرخه ای از محرومیت و آسیب پذیری گرفتار می سازد. این وضعیت، با افزایش فقر، بی خانمانی و استثمار، آنان را بیش از پیش در معرض خطر قرار می دهد. عدم دسترسی به فرصت های برابر در کار، مسکن و حمایت های اجتماعی، نه تنها کیفیت زندگی آنان را کاهش می دهد، بلکه آنان را در برابر تهدیدات جدی تری از جمله سوءاستفاده، خشونت و بهره کشی آسیب پذیرتر می سازد (World Health Organization, 2024). بنابر این در این تحقیق، به بررسی سلامت روانی مهاجران افغان بازگشته از کشورهای خارج، پرداخته خواهد شد.

بیان مسأله

تحقیقات قبلی اغلب بر مهاجران در کشور میزبان تمرکز داشته اند، در حالی که سلامت روان بازگشت کنندگان کمتر بررسی شده است. هدف این تحقیق، پر کردن این خلای علمی است. طبق آمارهای جهانی، تعداد پناهندگان در دهه اخیر به بیش از دو برابر افزایش یافته است که نشان دهنده شدت یافتن ناپایداری ها در برخی مناطق جهان است. مهاجران، به خصوص آن هایی که از سرزمین های بحران زده کوچ می کنند، معمولاً با موانع متعددی در مسیر زندگی جدید خود مواجه می شوند. تفاوت های فرهنگی، مشکلات اقتصادی، نبود حمایت اجتماعی و موانع قانونی، تنها بخشی از چالش هایی هستند که می توانند سلامت روانی این افراد را به خطر بیندازند. مهاجران افغان، که در نقاط مختلف دنیا پراکنده شده اند، بیش از بسیاری از گروه های دیگر با این دشواری ها دست و پنجه نرم می کنند. احساس ناامنی، عدم تعلق اجتماعی، استرس ناشی از آینده نامعلوم و تجربه های تلخ گذشته، زمینه ساز اختلالاتی مانند افسردگی، اضطراب و استرس پس از سانحه (PTSD) در میان این جمعیت می شود.

بررسی این مسائل و ایجاد راه کارهای مؤثر برای حمایت از سلامت روانی مهاجران، می تواند نقش مهمی در کاهش آسیب های ناشی از مهاجرت اجباری داشته باشد. در این مسیر، همکاری جوامع میزبان، برنامه های حمایتی و ارائه خدمات صحت روانی، از جمله اقداماتی هستند که می توانند به بهبود شرایط این گروه کمک کنند. علاوه بر این، مسائلی مانند نداشتن اسناد قانونی، مشکلات در دسترسی به خدمات صحتی و روان شناختی و دشواری در برقراری ارتباط اجتماعی می تواند بر فشارهای روانی این افراد افزوده باشد (دادفر و همکاران، 1393).

جرج (۱۹۷۹) مهاجرت را فرآیندی مبتنی بر انتخاب فردی می داند که به دلایل مختلف انجام می شود. فارغ از انگیزه های این تصمیم، پیامد آشکار آن تغییر محل اقامت فرد از یک محدوده جغرافیایی به محدوده ای دیگر است، که می تواند تأثیرات گسترده ای بر زندگی فردی و اجتماعی داشته باشد (زنجانی، 1380). پرسا، جمعیت شناس فرانسوی، مهاجرت را به عنوان جابه جایی افراد یا گروه هایی تعریف می کند که به تغییر محل اقامت معمولی به صورت دائمی یا طولانی مدت منجر می شود. به اعتقاد او، در بررسی پدیده مهاجرت، عواملی مانند مدت اقامت در مکان جدید، فاصله زمانی و مکانی میان مبدأ و مقصد، و پایداری این جابه جایی از اهمیت ویژه ای برخوردارند. این دیدگاه بر ضرورت درک ویژگی های مهاجرت فراتر از صرفاً یک حرکت فیزیکی تأکید دارد و آن را به عنوان فرآیندی تأثیرگذار بر فرد و جامعه مطرح می کند (حسینی، 1381).

بسیاری از مهاجران و پناهجویان با مشکلات اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی متعددی روبه‌رو هستند که این چالش‌ها می‌تواند منجر به بروز اختلالات روانی در میان آنان شود. اگرچه توجه زیادی به بهبود کیفیت زندگی و بهزیستی مردم عادی صورت گرفته است، اما کیفیت زندگی پناهجویان و مهاجران اغلب نادیده گرفته می‌شود. این گروه‌ها نه تنها با دشواری‌های روزمره مانند تأمین معیشت و مسکن مواجه هستند، بلکه به دلیل شرایط خاص مهاجرت، فشارهای روانی و اجتماعی زیادی را تجربه می‌کنند که می‌تواند به سلامت روانی آنان آسیب بزند زیرا یکی از دلایل عمده مهاجرت، بهبود کیفیت زندگی است (Bak-Klimek & et al., 2015). مهاجران در مواجهه با شرایط اجتماعی و اقتصادی جدید، که اغلب تبعیض آمیز و نابرابر است، با مشکلات متعددی روبه‌رو هستند. این مشکلات شامل حاشیه‌نشینی، وضعیت اقلیتی در جامعه جدید، آسیب‌های اجتماعی و اقتصادی، فروپاشی شبکه‌های حمایتی و پریشانی روانی می‌شود. علاوه بر این، مهاجران با مشکل سازگاری فرهنگی نیز مواجه‌اند، زیرا در تلاش برای انطباق با ارزش‌ها، رفتارها و نهادهای جدید، ممکن است احساس بیگانگی و انزوا کنند که این موارد می‌تواند تأثیرات منفی قابل توجهی بر سلامت روانی و کیفیت زندگی آنان داشته باشد (Jablensky & et al., 1992). این بر کیفیت زندگی و رفاه اجتماعی آنان مؤثر است (Robertson, 2015).

کیفیت زندگی مهاجران تحت تأثیر عوامل متعددی قرار دارد که برخی از آن‌ها به خصوصیات فردی مهاجران و برخی دیگر به شرایط جامعه میزبان مربوط می‌شود. تعامل میان خصوصیات فردی مهاجران، نظیر تحصیلات، مهارت‌های شغلی، سلامت روانی و جسمی و شرایط محیطی کشور میزبان مانند شرایط اقتصادی، فرهنگی و سیاست‌های مهاجرتی، به‌طور مستقیم بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. مشکلاتی چون فقر، ناکامی‌های تحصیلی، زندگی در محیط‌های نامناسب، ناامنی اجتماعی، جدایی از خانواده و همچنین از دست دادن کار یا مهاجرت اجباری، از جمله چالش‌های اجتماعی‌اند که آثار منفی زیادی بر سلامت روانی و جسمی مهاجران دارند و می‌توانند مشکلات عدیده‌ای را برای آن‌ها ایجاد کنند (دادفر و همکاران، 1393). مهاجرانی که خود را در شرایط دشواری مانند تحقیر، توهین و تهدید به اخراج اجباری یا ترک خاک می‌یابند، بیشتر از قبل در معرض سوءرفتار قرار می‌گیرند و ممکن است برای مواجهه با چنین رفتارهایی آماده و ترغیب شوند. این افراد به دلیل ناآشنایی با مشاغل و حرفه‌های مختلف و همچنین به‌خاطر وضعیت مهاجرتی خود، اغلب از دسترسی به مشاغل با ارزش و فرصت‌های شغلی مناسب محروم می‌شوند. این محرومیت‌ها می‌توانند فشارهای اقتصادی و اجتماعی فراوانی به مهاجران وارد کرده و سلامت روانی آنان را تحت تأثیر قرار دهند. بیکاری، کیفیت پایین زندگی، و ناتوانی در ادغام اجتماعی و فرهنگی، از جمله عواملی هستند که موجب ایجاد مشکلات فرهنگی و آسیب‌های اجتماعی در میان پناهجویان در کشورهای مقصد می‌شود و می‌تواند امنیت اجتماعی و روانی این جوامع را تهدید کند. از سوی دیگر، در صورتی که کیفیت زندگی مهاجران مناسب باشد، این گروه‌ها می‌توانند پتانسیل‌های اقتصادی و فرهنگی-اجتماعی خود را به‌کار گیرند و به توسعه و پیشرفت کشورهای مقصد کمک کنند. افغانستان، به‌عنوان کشوری با موقعیت جغرافیایی خاص، ساختار قومی متنوع و تاریخ ناآرامی‌های داخلی، همواره تعداد زیادی مهاجران را داشته است. چهار دهه جنگ داخلی و جنگ باعث شده است تا میلیون‌ها افغان مجبور به ترک خانه‌های خود و مهاجرت به کشورهای دیگر، از جمله ایران و کشورهای دیگر شوند (Matsangos, et al., 2022).

با توجه به وضعیت اجتماعی این مهاجران و نیاز به حمایت‌های روانی، بررسی دقیق‌تر وضعیت سلامت روانی این گروه و شناسایی عواملی که می‌تواند به بهبود یا تشدید وضعیت روانی آنها منجر شود، از اهمیت بالایی برخوردار است. این مسئله نه تنها برای بهبود کیفیت زندگی مهاجران بازگشته مهم است، بلکه می‌تواند به سازمان‌های مسئول کمک کند تا با اتخاذ تصمیم مناسب، به بهبود شرایط روانی این گروه آسیب‌پذیر پرداخته و از بروز بحران‌های اجتماعی بیشتر جلوگیری کنند. بنابراین، مسئله اصلی این تحقیق، بررسی و تحلیل سلامت روانی مهاجران بازگشته از کشورهای خارج است.

اهمیت تحقیق

سلامت روانی افراد، به‌خصوص در میان جوامع مهاجر، از مباحث بحث‌برانگیز علوم اجتماعی عصری به‌شمار می‌رود. این مقوله نه تنها بر سبک زندگی فردی بلکه بر پویایی‌های اجتماعی و انسجام فرهنگی جوامع میزبان نیز اثرگذار است. سلامت روان، به معنای توانایی شناخت خود، مدیریت تنش‌های روزمره، احساس سودمندی در اجتماع و مشارکت فعال در زندگی جمعی تعریف می‌شود. مهاجرت، به‌عنوان فرایندی پیچیده، آزمونی بزرگ برای سلامت روانی افراد محسوب می‌شود، چراکه عواملی نظیر یادگیری زبان جدید، رویارویی با تفاوت‌های فرهنگی، بلاتکلیفی اقتصادی، احساس غربت و گسست از هویت سرزمینی، روند فرهنگ‌پذیری را دشوار و اضطراب‌آور می‌سازد.

در سال‌های اخیر، افزایش مهاجرت ناشی از بحران‌های اقتصادی، تغییرات اجتماعی و مشکلات سیاسی، این پدیده را به یکی از مشکلات بزرگ جهانی بدل کرده است. مهاجرانی که از مناطق بحران‌زده به کشورهای میزبان نقل مکان می‌کنند، غالباً با مجموعه‌ای از فشارهای روانی روبرو می‌شوند که در صورت عدم مدیریت صحیح، اثرات مخربی بر سلامت ذهنی و کیفیت زندگی آنها بر جای می‌گذارد. این مسئله، نه تنها از بعد فردی بلکه در سطح اجتماعی نیز حائز اهمیت است، چراکه عدم رسیدگی به سلامت روانی مهاجران، می‌تواند زمینه‌ساز بروز مشکلاتی همچون انزوای اجتماعی، کاهش انسجام فرهنگی، و حتی شکل‌گیری تنش‌های بین‌نسلی گردد. بنابراین، توجه به این بُعد از مهاجرت و تدوین سیاست‌های حمایتی مؤثر، ضرورتی انکارناپذیر در مسیر ایجاد جوامع پایدار و همگرا محسوب می‌شود (Oishi, 2002). در این میان، مهاجران افغان به عنوان یک گروه آسیب‌پذیر که به دلایل مختلف از جمله ناامنی و فقر به کشورهای همسایه از جمله ایران و پاکستان مهاجرت کرده‌اند، با مشکلات جدی در زمینه سلامت روانی مواجه هستند. مهاجران عودت‌کننده، به دلیل جمعیت نسبتاً زیاد این گروه، نیازمند توجه خاص به مسائل مختلف اجتماعی، فرهنگی و به ویژه سلامت روانی است. در این راستا، بررسی سلامت روانی مهاجران عودت‌کننده اهمیت فراوانی دارد؛ چراکه شناخت مشکلات روانی و اجتماعی این گروه می‌تواند به سیاست‌گذاران، سازمان‌های دولتی و غیردولتی کمک کند تا برنامه‌های مناسبی برای ارتقای کیفیت زندگی آنها تدوین کنند. مهاجران به دلیل تجربه‌های آوارگی و مشکلات اقتصادی و اجتماعی، در معرض مشکلات روانی مانند اضطراب، افسردگی و استرس پس از سانحه (PTSD) قرار دارند (Desouzan, 2006). شناخت دقیق‌تر این مشکلات و عوامل مؤثر بر سلامت روانی این گروه می‌تواند راهکارهای مؤثری را برای ارائه خدمات مشاوره‌ای و درمانی مناسب فراهم کند و به ارتقای سلامت روانی آنها کمک نماید. با توجه به اهمیت تأثیرات اجتماعی و روانی جامعه میزبان بر مهاجران، این تحقیق می‌تواند به سیاست‌گذاران کمک کند تا برنامه‌های حمایتی بهتری برای مهاجران طراحی کنند. این برنامه‌ها می‌تواند شامل فراهم کردن خدمات صحی

و معالجه، تسهیل در دسترسی به امکانات آموزشی و شغلی، و ارتقاء آگاهی عمومی در خصوص مشکلات روانی مهاجران باشد.

در فرجام، انجام این تحقیق می تواند به ایجاد درک عمیق تری از وضعیت سلامت روانی مهاجران عودت کننده کمک کرده و زمینه ساز بهبود شرایط زندگی آنها در کشور گردد. همچنین، این تحقیق می تواند الگویی برای سایر مناطق باشد که با پدیده عودت مهاجرین از کشورهای خارج و چالش های مرتبط با آن روبرو هستند.

اهداف تحقیق

- ✓ بررسی وضعیت مهاجران از نظر ابعاد سلامت روانی.
- ✓ بررسی سلامت روانی مهاجران عودت کننده به ولایت جوزجان از کشورهای مختلف.
- ✓ تعیین وضعیت سلامت روانی عودت کننده در ادوار سنی مختلف.
- ✓ تعیین تفاوت سلامتی روانی مهاجران عودت کننده با تفکیک جنسیت.

فرضیه های تحقیق

- ✓ وضعیت سلامت روانی مهاجران از نظر ابعاد سلامت روانی متفاوت است.
- ✓ سلامت روانی مهاجران عودت کننده، از کشورهای خارج پایین تر از حد مطلوب است.
- ✓ در سلامت روانی مهاجران عودت کننده از نظر ادوار سنی، تفاوت معنادار وجود دارد.
- ✓ بین سلامت روانی مردان و زنان مهاجران عودت کننده، تفاوت معنادار وجود دارد.

روش و مواد تحقیق

جامعه آماری تحقیق حاضر شامل تمام مهاجران عودت از کشورهای خارج هستند که در ولایت جوزجان در سال ۱۴۰۳ اقامت می کنند. حجم نمونه در این تحقیق با توجه به جامعه آماری که جامعه نامعین است با استفاده از فرمول شماره (۱) به تعداد ۲۶۷ نفر برآورد گردید؛ جهت بلند بردن اعتبار داده ها به ۳۰۰ نفر افزایش داده شد. جهت نمونه گیری در تحقیق حاضر از روش نمونه گیری قابل دسترس استفاده شد و کسانیکه تمایل به اشتراک داشتند پرسشنامه ها را جواب دادند.

$$n = \frac{z^2 \frac{p}{2} \times (1-p)^2}{\epsilon^2} = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.06)^2} \cong 267... \quad (1)$$

مواد تحقیق

پرسشنامه سلامت عمومی^۲ (GHQ-28): پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) که نخستین بار توسط گلدبرگ تدوین شد، ابزاری معتبر برای سنجش وضعیت سلامت روانی افراد است. این پرسشنامه در نسخه های مختلفی از جمله فرم های ۶۰، ۳۰، ۲۸ و ۱۲ سؤالی ارائه شده که همگی دارای روایی و پایایی^۳ بالایی هستند. در این میان، فرم ۲۸ سؤالی شامل چهار خرده مقیاس است: علائم جسمانی (سؤالات ۱ تا ۷)، اضطراب (۸ تا ۱۴)، اختلال عملکرد اجتماعی (۱۵ تا ۲۱) و افسردگی

^۲. General Health Questionnaire

^۳ "روایی" در زبان انگلیسی Validity گفته می شود و "پایایی" را Reliability ترجمه می کنند.

(۲۲ تا ۲۸). تمامی سؤالات به صورت چهارگزینه‌ای تنظیم شده‌اند. مطالعات مختلف پایایی این ابزار را با استفاده از روش‌های متعددی از جمله دو نیمه کردن، بازآزمایی و آلفای کرونباخ بررسی کرده‌اند و ضرایب به‌دست‌آمده (۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰) نشان‌دهنده قابلیت اطمینان بالای آن است. همچنین، روایی همزمان این پرسشنامه از طریق اجرای همزمان با مقیاس‌های معتبر دیگر، مانند پرسشنامه بیمارستانی میدلسکس (MHQ)، تأیید شده است. با توجه به این ویژگی‌ها، پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی به‌عنوان ابزاری استاندارد و قابل اتکاء، در پژوهش‌های مرتبط با سلامت روان مورد استفاده قرار می‌گیرد (تقوا، ۱۳۸۰). بدین منوال پایایی پرسشنامه مذکور در تحقیق حاضر ۰.۷۶ به‌دست آمد که نمایان‌گر پایایی عالی آن است.

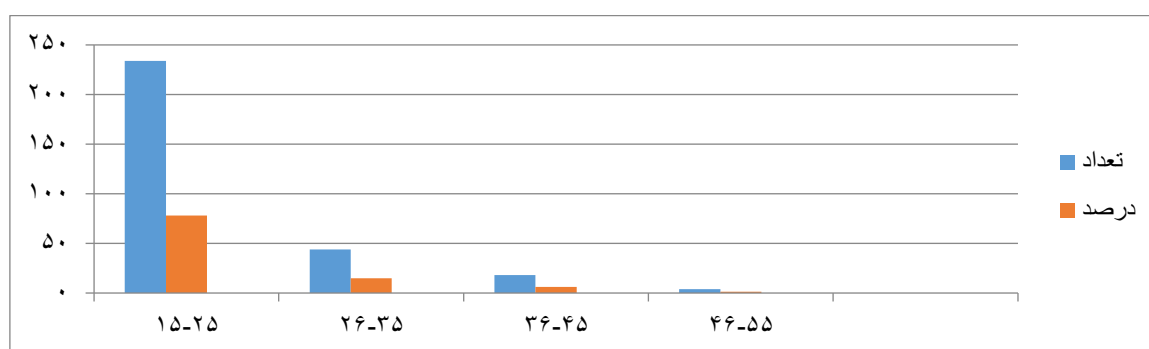
یافته‌های تحقیق

الف: یافته‌های توصیفی

نظر به نتایج جدول ۱ و شکل ۱. ۸۷ درصد از مشترکین را افراد دارای سنین ۱۵-۲۰، ۱۴٫۷ درصد آنها را افراد دارای سنین ۲۶-۳۵، ۶ درصد آنها را افراد دارای سنین ۳۶-۴۵ و ۱٫۳ درصد آنها را افراد دارای سنین ۴۶-۵۵ تشکیل می‌دهد که بیشترین افراد دارای سنین ۱۵-۲۰ است که حدود ۷۸ درصد مجموعه را تشکیل می‌دهد.

جدول ۱. آمار توصیفی مربوط به متغیر سن

سنین	تعداد	درصد
۱۵-۲۵	۲۳۴	۷۸
۲۶-۳۵	۴۴	۱۴٫۷
۳۶-۴۵	۱۸	۶
۴۶-۵۵	۴	۱٫۳
مجموعه	۳۰۰	۱۰۰

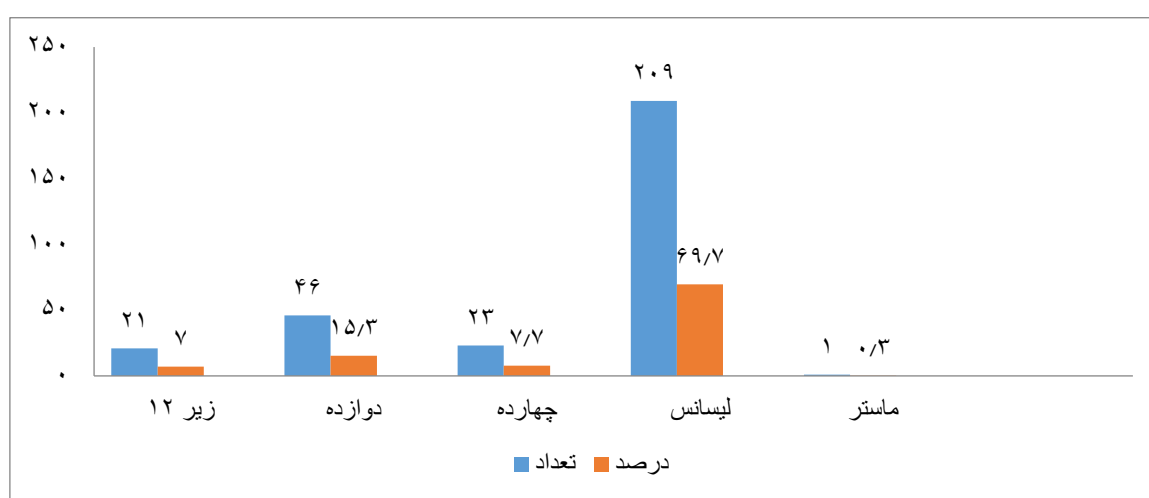


شکل ۱. گراف مربوط به متغیر سن

نظربه نتایج جدول و شکل ۲، ۸ درصد از افراد را افراد درجه تحصیلی، زیر ۱۲، ۱۵٫۳ درصد آنها افراد دوازده، ۷٫۷ درصد آنها افراد چهارده، ۶۹ درصد آنها دارای مدرک لیسانس و ۰٫۳ درصد آنها دارای مدرک ماستری بودند و بیشترین آنها لیسانسه‌ها بودند که حدود ۶۹٫۷ درصد را تشکیل می‌دهند.

جدول ۲. آمار توصیفی مربوط به متغیر درجه تحصیلی

تحصیلات	تعداد	درصد
زیر ۱۲	۲۱	۷
دوازده	۴۶	۱۵,۳
چهارده	۲۳	۷,۷
لیسانس	۲۰۹	۶۹,۷
ماستر	۱	۰,۳
مجموعه	۳۰۰	۱۰۰

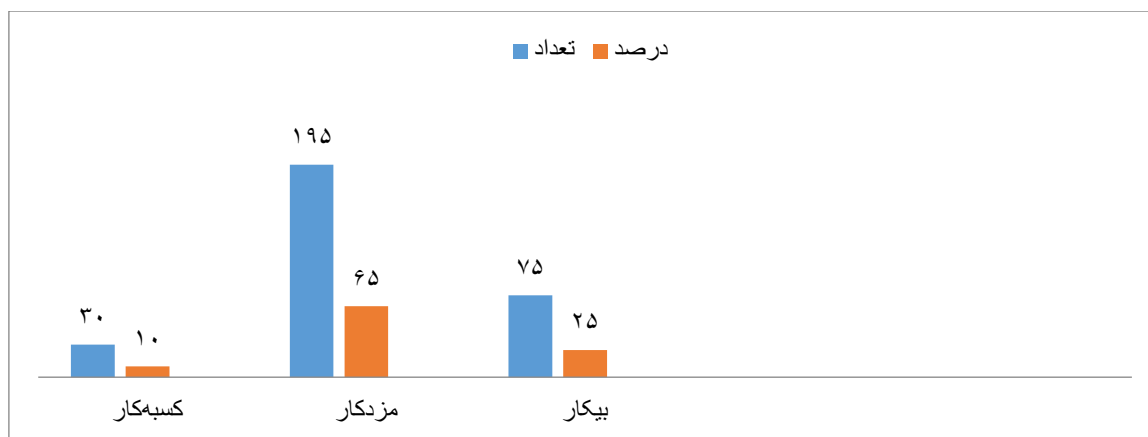


شکل ۲. گراف مربوط به متغیر درجه تحصیل

نظر به نتایج جدول و شکل ۳، ۱۰ درصد از مشترکین را افراد کسبه کار، ۶۵ درصد از آنها را مزدکار و ۲۵ درصد از آنها را افراد بیکار تشکیل می دهد.

جدول ۳. آمار توصیفی مربوط به متغیر شغل

شغل	تعداد	درصد
کسبه کار	۳۰	۱۰
مزدکار	۱۹۵	۶۵
بیکار	۷۵	۲۵
مجموعه	۳۰۰	۱۰۰

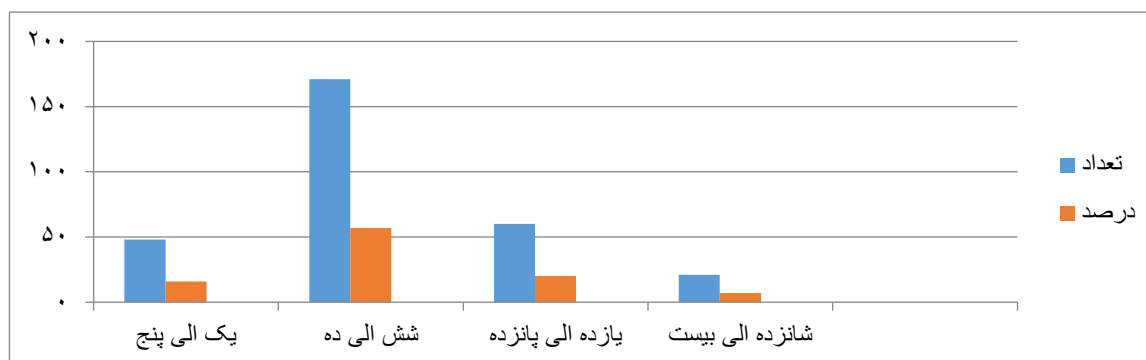


شکل 3. گراف مربوط به متغیر شغل

نظربه نتایج جدول و شکل 4، ۱۶ درصد از مشترکین را افراد که تعداد اعضای خانواده های شان ۵-۱ است، ۵۷ درصد آنها را که تعداد اعضای خانواده های شان ۶-۱۰ است، ۲۰ درصد آنها را که تعداد اعضای خانواده های شان ۱۱-۱۵ است و ۷ درصد آنها را که تعداد اعضای خانواده های شان ۱۶-۲۰ است. تشکیل می دهند که بیشترین شان را تعداد اعضای خانواده های شان که ۶-۱۰ است که حدود ۵۷ درصد را تشکیل می دهد.

جدول ۴. تعداد اعضای خانواده مشترکین

تعداد اعضای خانواده ها	تعداد	درصد
۵-۱	۴۸	۱۶
۶-۱۰	۱۷۱	۵۷
۱۱-۱۵	۶۰	۲۰
۱۶-۲۰	۲۱	۷
مجموعه	۳۰۰	۱۰۰

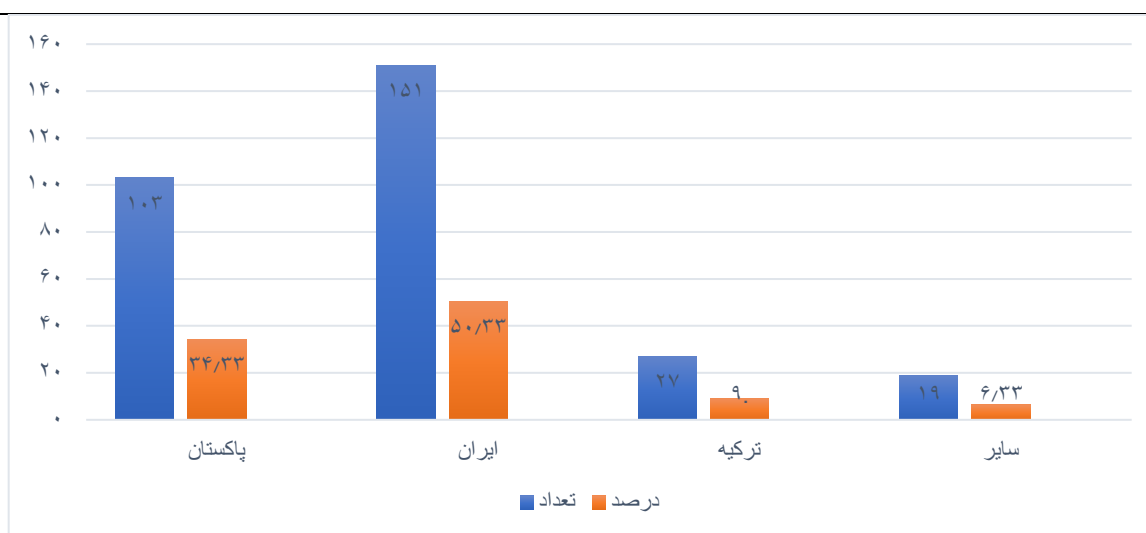


شکل 4. تعداد اعضای خانواده ای مشترکین

نظر به جدول ۵. همچنان نظر به شکل ۵. ۳۴,۳۳ درصد از اشتراک کنندگان در کشور پاکستان، ۵,۳۳ درصد از اشتراک کنندگان از ایران، ۹,۰۰ درصد از اشتراک کنندگان از ترکیه و ۶,۳۳ درصد از اشتراک کنندگان از سایر کشورها عودت نموده بودند.

جدول ۵. آمار توصیفی مربوط به کشورهای بازگشته

کشور	تعداد	درصد
پاکستان	۱۰۳	۳۴,۳۳
ایران	۱۵۱	۵۰,۳۳
ترکیه	۲۷	۹,۰۰
سایر	۱۹	۶,۳۳
مجموع	۳۰۰	۱۰۰

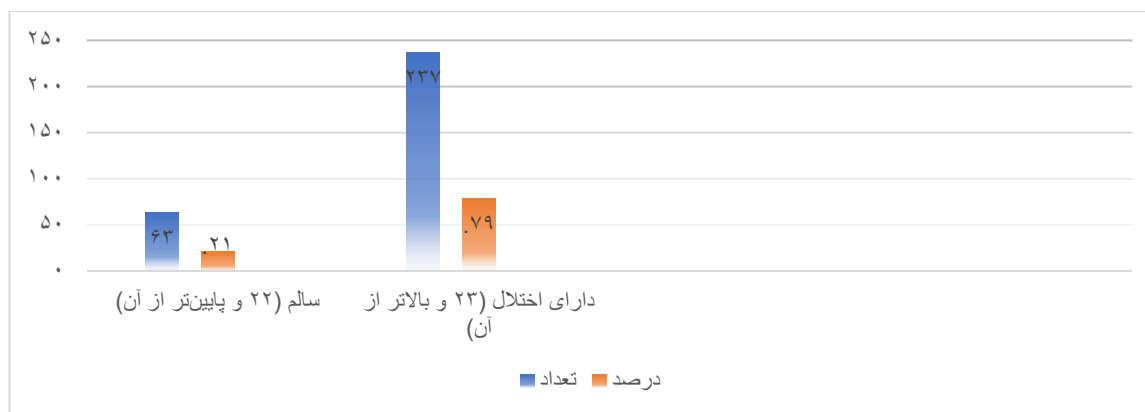


شکل ۵. گراف مربوط به متغیر کشور

جدول و شکل ۶. آمار توصیفی مربوط به وضعیت کلی سلامت روانی عودت کننده گان را نشان می دهد که ۲۱ درصد آنان سالم یعنی اختلالات روانی نداشتند و ۷۹ درصد آنان دارای اختلالات روانی بوده اند.

جدول ۶. آمار توصیفی مربوط به وضعیت کلی سلامت روانی عودت کننده گان مورد مطالعه

وضعیت کلی سلامت روانی	تعداد	درصد
سالم (۲۲ و پایین تر از آن)	۶۳	۲۱,۰۰
دارای اختلال (۲۳ و بالاتر از آن)	۲۳۷	۷۹,۰۰
مجموع	۳۰۰	۱۰۰



شکل ۶. گراف مربوط به وضعیت کلی سلامت روانی عودت کننده گان مورد مطالعه

ب- یافته‌های استنباطی:

جهت امتحان فرضیه‌ها از آزمون‌های پارامتریک کار گرفته می‌شود؛ بنابر این قبل از آن پیش‌آزمون‌ها را مورد بررسی قرار می‌دهیم:

جدول ۷. چولگی و کشیدگی

متغیر	تعداد	چولگی Skewness	کشیدگی Kurtosis
سلامت روانی	۳۰۰	0.132	0.710

با توجه به جدول ۷. بالا مقدار چولگی و کشیدگی مشاهده شده برای متغیرهای تحقیق در بازه (۲، -۲) قرار گرفت؛ این نشان می‌دهد توزیع واریانس متغیرها دارای کشیدگی و چولگی نورمال است.

جهت سنجش فرضیه اول تحقیق آزمون توصیفی کار شد. جدول ۸. نشان می‌دهد در بعد سلامت جسمانی که ۲۱ درصد افراد سالم، ۲۴،۶۷ درصد افراد مشکوک و ۵۴،۳۳ درصد افراد دارای اختلال هستند، در بعد عملکرد اجتماعی ۱۹،۶۷ درصد افراد سالم، ۸،۳۳ درصد مشکوک و ۷۲ درصد افراد دارای اختلال هستند، و در بعد اضطراب ۲۰،۰۰ درصد افراد سالم، ۱۷،۳۳ درصد افراد مشکوک و ۶۲،۶۷ درصد افراد دارای اختلال هستند و در بعد افسردگی ۲۰،۶۷ درصد سالم، ۲۳،۰۰ درصد افراد مشکوک و ۵۶،۳۳ درصد افراد دارای اختلال افسردگی هستند.

جدول ۸. بررسی وضعیت مهاجران از نظر ابعاد سلامت روانی

وضعیت	ابعاد سلامت روانی		سلامت جسمانی		عملکرد اجتماعی		اضطراب		افسردگی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سالم	۶۳	۲۱،۰۰	۵	۱۹،۶	۶۰	۲۰،۰	۶۲	۲۰،۶	۷	۲۳،۰
مشکوک	۷۴	۲۴،۰۰	۲	۸،۳۳	۵۲	۱۷،۳	۶۹	۲۳،۰		

۰	۳	۵	۶۷	
۵۶,۳	۶۲,۶	۷۲,۰	۵۴,۱۶	۱۶
۳	۱۶۹	۱۸۸	۳۳	۳
	۷	۱۶		

دارای اختلال

برای آزمون فرضیه دوم تحقیق، از آزمون **t تک نمونه‌ای** (One-Sample t Test) استفاده شد. نتایج جدول ۹ نشان می‌دهد که مقدار به دست آمده کمتر از حد مطلوب است. جدول ۹. آزمون t جهت سنجش میزان سلامت روانی عودت کنندگان از خارج

متغیر	t	میانگین	درجه آزادی	t	sig	معیار تعیین
سلامت روانی مهاجران عودت کننده، از کشورهای خارج	۳	۱,۱	۲۹۹	۵	۰.۰۰	۱,۵
پایین تر از حد مطلوب است.	۰.۰	۱۶		.۷۱	۰	

همچنان برای آزمون فرضیه سوم تحقیق از آزمون One Way ANOVA کار گرفته شد، جدول ۱۰ نشان می‌دهد که بین نوجوانان، جوانان و بزرگسالان از نظر ابعاد سلامت روانی تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۱۰. نتایج آزمون One Way ANOVA برای مقایسه گروه‌ها (نوجوانان، جوانان و بزرگسالان) از لحاظ ابعاد سلامت روانی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
سلامت جسمانی	گروه	4/542	3	4/542	0/189	0/۰۰۶
	خطا	9240/653	864	24/064		
	کل	105739/000	867			
عملکرد اجتماعی	گروه	83/254	3	83/254	11/955	0/001
	خطا	2674/166	864	6/964		
	کل	28758/000	867			
افسردگی	گروه	85/064	3	85/064	17/389	0/001
	خطا	1878/473	864	4/892		
	کل	10479/000	867			
اضطراب	گروه	8/714	3	8/714	1/114	0/002
	خطا	3004/840	864	7/825		
	کل	29808/000	867			

بدین منوال جهت سنجش فرضیه چهارم تحقیق نیز از آزمون Independent t Test (آزمون t مستقل) استفاده گردید، جدول ۱۱. نشان می‌دهد که بین مردان و زنان تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۱۱. نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه گروه‌ها (مردان و زنان) از لحاظ ابعاد سلامت روانی

متغیر	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	t	سطح معناداری
سلامت جسمانی	مردان	12.87	3.54	865	۵/450	0/۰۰۰
	زنان	15.23	2.2			
عملکرد اجتماعی	مردان	5.85	2.1	865	7/675	0/000
	زنان	8.12	3.21			
افسردگی	مردان	13.56	4.67	865	9/876	0/001
	زنان	16.11	5.90			
اضطراب	مردان	15.65	6.96	865	۹/765	0/۰۰۷
	زنان	16.34	4.45			

مناقشه

عودت‌کنندگان در جریان مهاجرت با چالش‌های متعددی از جمله سفرهای طولانی و طاقت‌فرسا، کمبود غذا، آب و خدمات بهداشتی مواجه می‌شوند که آن‌ها را در معرض مشکلات جدی روانی مانند اضطراب، افسردگی، ناامیدی، عزت‌نفس پایین، خستگی و اختلال استرس پس از سانحه قرار می‌دهد. علاوه بر این، مهاجران و پناهندگان اغلب از برنامه‌های ملی بهداشت و درمان، حمایت مالی و خدمات سلامت روانی محروم می‌مانند. این موانع برای زنان، کودکان و افراد دارای معلولیت به مراتب شدیدتر است. یکی از مهم‌ترین چالش‌های این گروه، کمبود منابع و امکانات کافی برای دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی است. عودت‌کنندگان دارای نیازهای متنوعی در حوزه سلامت هستند که اغلب مورد توجه و رسیدگی کافی قرار نمی‌گیرد.

با وجود اینکه تحقیقات مستقیمی در مورد سلامت روانی عودت‌کنندگان انجام نشده است، تحقیقات درباره وضعیت روانی مهاجرانی که در کشورهای میزبان زندگی می‌کنند، انجام شده که می‌توان تا حدی نتایج آن را با این تحقیق مقایسه کرد. برای مثال، میرزایی (۱۳۹۵) با بهره‌گیری از روش‌های مردم‌نگاری و چارچوب مفهومی راهبردهای فرهنگ‌پذیری و سرمایه اجتماعی، وضعیت روانی مهاجران افغان در شهرک "قائم" استان قم را بررسی کرد. یافته‌های او نشان داد که هر مهاجر با توجه به شرایط فردی و محیطی خود، راهبردی خاص برای فرهنگ‌پذیری انتخاب می‌کند که راهبردهایی چون (انطباق،

همانندی، جدایی و حاشیه‌گزینی) تأثیر متفاوتی بر سلامت روانی آن‌ها دارد. به‌طور کلی، مهاجرانی که راهبرد انطباق یا همانندی را برمی‌گزینند، از آسایش روانی بیشتری برخوردارند، در حالی که راهبردهای جدایی و حاشیه‌گزینی با اضطراب و نارضایتی بیشتری همراه است. از سوی دیگر، تحقیق همتی و ایمانی (۱۴۰۲) که با هدف تحلیل جامعه‌شناختی کیفیت زندگی مهاجران افغانستانی ساکن اصفهان انجام شد، نشان داد که عواملی مانند ادراک نابرابری و میزان دین‌داری، چه به‌طور مستقیم و چه از طریق ادغام اجتماعی، بر کیفیت زندگی این مهاجران تأثیر دارند. در تحقیقات فوق، بررسی‌ها و مطالعات بر مهاجران که هنوز در کشور میزبان سکونت دارند پرداخته‌اند.

با توجه به خلأ مطالعاتی موجود، این تحقیق به بررسی سلامت روانی عودت‌کنندگان از طریق روش توصیفی-علی مقایسه‌ای می‌پردازد. داده‌های این تحقیق به‌صورت میدانی و کمی گردآوری شده و از نظر هدف، ماهیت کاربردی دارد. تحقیق حاضر تلاش دارد تا با ارائه یافته‌هایی نوین، بینش دقیق‌تری نسبت به وضعیت سلامت روانی بازگشته‌گان فراهم کند و مبنایی برای برنامه‌ریزی‌های مؤثر در این بخش باشد.

نتیجه‌گیری

مهاجرین افغان که در خارج هستند و به کشور دوباره عودت می‌کنند جمعیت قابل توجهی را تشکیل می‌دهند و بررسی وضعیت سلامت روان این گروه ضرورت دارد، تا به‌صورت وسیع و دقیق مورد بررسی قرار بگیرد تحقیق حاضر نشان می‌دهد که سلامت روانی عودت‌کنندگان خیلی پایین بوده، یعنی مشکلات روانی شان به کافی بالا است. همچنان نظر به نتایج حاصله از این تحقیق مردان بیشتر از زنان از اختلالات روانی رنج می‌برند. دیگر این که سلامت روانی در طبقات سنی نیز متفاوت بوده است. طوری که هویدا است، مهاجرت و عودت یک پدیده خیلی ناگوار بوده، هم در زمان مهاجرت و هم بعد از آن یعنی بعد از عودت فرد به مشکلات زیادی رو به‌رو می‌شود. بنابر این توجه به سلامت روانی آنان حایز اهمیت است. به‌طور کلی، برای تسهیل تطبیق این افراد با کشور مبدأ، باید برنامه‌هایی برای کاهش استرس‌های ناشی از مهاجرت، تقویت سلامت روانی و بهبود شرایط اجتماعی آنها طراحی و اجرا شود.

پیشنهادهات

- پیشنهاد می‌شود، مسئولین امارت اسلامی افغانستان (وزارت مهاجرین و عودت‌کنندگان) به آن عده مهاجران که به کشور دوباره عودت می‌کنند توجه جدی نمایند، خصوصاً در بخش صحت آنان، زیرا، در کشور میزبان ممکن روزهای بدی را سپری نموده باشند.
- برای هموطنان نیز پیشنهاد می‌شود، مهاجران که در کشور بعد از سال‌ها مهاجرت دوباره عودت می‌کنند، همراه شان کمک و مساعدت مالی، اجتماعی و عاطفی داشته باشند.
- مسئولین باید به سلامت روانی عودت‌کنندگان از همه بیشتر توجه خود را مبذول بدانند که افراد عودت‌کننده ازین نظر زیاد آسیب دیده به نظر می‌رسند.
- وزارت صحت عامه و سایر دفاتر دولتی و خصوصی، باید مراکز مشاوره روانی مخصوص مهاجران بازگشت‌کننده را ایجاد کند.

- برای محققان پیشنهاد می شود دامنه تحقیقات شان را بر علاوه اختلالات روانی تذکر یافته درین تحقیق، گسترش داده، اختلالات دیگر را نیز مطالعه نمایند.

منابع

1. تقوی، علی. (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی. مجله روانشناسی، ۵(۴) ۳۸۱-۳۹۸.
2. حسینی، حاتم. (۱۳۸۱). درآمدی بر جمعیت شناسی اقتصادی، اجتماعی و تنظیم خانواده. همدان: انتشارات دانشگاه بوعلی سینا.
3. دادفر، محبوبه، کولیوند، حسین و اصغر نژادفرید، علی اصغر. (۱۳۹۳). بهداشت روانی مهاجران و پناهندگان. تهران: میرماه.
4. سنقری، ناهید، فکری آزاد، حسین، معارف وند، معصومه. (۱۳۹۳). موانع ادغام اجتماعی نوجوانان افغانستانی با جامعه ایرانی (مطالعه موردی شهر تهران). پژوهش های جامعه شناسی ایران معاصر. ۳(۵)، ۱۰۳-۱۳۱.
5. مصدق راد علی محمد، غیائی کنشکا. (۱۴۰۳). بازاندیشی سلامت مهاجران و پناهندگان در ایران. مجله طب جنوب. ۲۶ (۶): ۴۱۷-۴۱۹.
6. میرزائی، حسین. (1395). راهبردهای فرهنگ پذیری و بهداشت روانی مهاجرین افغانستانی در شهرک قائم قم (مطالعه ای انسان شناختی). پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، 3(7)، 189-245. doi: 10.22054/rjsw.2016.8100
7. همتی، رضا و ایمانی، الماس خان. (1402). تحلیلی جامعه شناختی از کیفیت زندگی مهاجران افغانستانی ساکن اصفهان. پژوهش های راهبردی مسائل اجتماعی، 12(2)، 81-100. doi: 10.22108/srsp.2023.137035.1888
8. Bak-Klimek, A., Karatzias, T., Elliott, L., & Maclean, R. (2015). The determinants of well-being among international economic immigrants: A systematic literature review and meta-analysis. *Applied Research in Quality of Life*, 10, 161-188.
9. Desouzan, R. (2006). "Migration and mental health". *Psychology and Development Societies*. 18(10), 1-14.
10. Gagliardi, J., Brettschneider, C., & König, H. H. (2021). Health-related quality of life of refugees: a systematic review of studies using the WHOQOL-Bref instrument in general and clinical refugee populations in the community setting. *Conflict and Health*, 15(1), 44.
11. International Organization for Migration. Data and research. (Accessed March 6, 2024, at: <https://www.iom.int/data-and-research>)
12. Oishi, N.(2002). Gender and migration: A integration approach center of comparative immigration studies, University of California, San Diego, Working Paper.49.

13. The UN Refugee Agency. UNHCR Master Glossary of Terms. (Accessed March 6, 2024, at: <https://www.unhcr.org/glossary/#refugee>)
14. UN Migration.Key Migration Terms. (Accessed July 2, 2024, at: <https://www.iom.int/key-migration-terms>)
15. UNHCR. Refugee data finder. (Accessed March 6, 2024, at: <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>)
16. World Health Organization. Refugee and migrant health. (Accessed July 2, 2024, at: <https://www.who.int/news-room/factsheets/>